

IMAGES RADIOLOGIQUES APICALES

ET

PERI-APICALES DANS LES PULPITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 23 Mars 1955
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Jean MALEYSSON

né le 19 Février 1924

à AIGUILHE

(Haute-Loire)



IMAGES RADIOLOGIQUES APICALES

ET

PERI-APICALES DANS LES PULPITES

IMAGES RADIOLOGIQUES APICALES

ET

PERI-APICALES DANS LES PULPITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Mars 1955

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Jean MALEYSSON

né le 19 Février 1924

à AIGUILHE

(Haute-Loire)



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. J. LEPINE
M. H. HERMANN.
M. J. GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, LEPINE
SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....
Clinique médicale B.....
Clinique chirurgicale A.....
Clinique chirurgicale B.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique urologique.....
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.....
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.....
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.....
Clinique gynécologique.....
Clinique obstétricale.....
Clinique st matologique.....
Clinique médicale infantile & hygiène du 1^{er} âge.....
Pharmacie et pharmacologie.....
Physiologie.....
Anatomie pathologique.....
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....

MM. FROMENT
P.- RAVAUT
SANTY
WERTHEIMER
BONNET
MAYOUX
CIBERT
DUFOUT
GAÏE
DECHAUME
SEDALLIAN
GUILLEMINET
POLLOSSON
PIGEAUD
DUCLOS
BERNHEIM
X.....
HERMANN
J. F. MARTIN
PONTIUS
(détaché à Beyrouth)
BOURRET
GARIN
ROCHET
CHAMBON
JOSSEAND
DELORE
GABRIELLE
CROIZAT
ENSELME
MALLET-GUY
NOEL
REVOL
X.....
LEVRAT
SOHIER
JOURDAN
BERTRAND
NETIEN
BADINAND

Médecine du travail.....
Parasitologie et pathologie exotique.....
Thérapeutique chirurgicale & chirurgie opératoire.....
Chimie organique et toxicologie.....
Pathologie générale et expérimentale.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Anatomie.....
Pathologie interne.....
Chimie biologique et médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Histologie.....
Pharmacie galénique et matière médicale.....
Médecine légale et déontologie.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Biologie médicale et pharmacodynamie.....
Propédeutique chirurgicale.....
Botanique et cryptogamie.....
Chimie analytique pharmaceutique.....



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.....
Pharmacie et pharmacologie.....
Physique biologique.....

MM. BANSSILLON
DREVEN
BERGER

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Parasitologie..... MM. COUDERT
Parasitologie..... ROMAN
Histologie..... X
Bactériologie..... BERTOYE A.

Physiologie..... CHATONNET
Physiologie..... CIER
Biochimie médicale..... CREYSSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.. MM. BRUN
— GIRARD M.
— GIRARD P.
— JEUNE
— VACHON
— GALY
— GONIN
Pathologie chirurgicale... BÉRARD
— DESJACQUES
— LABRY
— TRILLAT
— DARGENT
— MANSUY

Pathologie chirurgicale... GUILLET
Orthopédie..... MARION J.
Obstétrique..... BROCHIER
— MAGNIN
— MATHIEU J.
Anatomie pathologique... GUICHARD
Anatomie..... LATARJET
Urologie..... PERRIN
Ophtalmologie..... PAUFIQUE
Neuro-chirurgie..... LECUIRE
Oto-rhino-laryngologie... X.
Dermato-syphiligraphie... THIERS
Médecine légale et médecine
du Travail..... ROCHE

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES

Hygiène..... MM. BENAZET
Histologie..... DUMONT L.
Physique biologique..... MORET

Pharmacie et Pharmacologie..... CIER A.
Chimie organique et toxicologie..... PERROT L.

Président de thèse : PROFESSEUR J. DUCLOS
Assesseurs : MM. MAYOUX, J. GREYSEL, DARGENT

A MES PARENTS

LE DOCTEUR F. MALEYSSON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

MADAME MALEYSSON

Chirurgien-Dentiste.

Qu'ils trouvent ici l'expression de toute
mon affection.

A MON FRÈRE

CLAUDE MALEYSSON

Interne des Hôpitaux de Paris.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS DIGONNET

Accoucheur des Hôpitaux de Paris,

Professeur agrégé.

1897-1953

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. CLEMENT

Médecin des Hôpitaux de Paris.

MADAME A. CHAPUT

*Stomatologiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur agrégé.*

MONSIEUR LE DOCTEUR CERNEA

*Stomatologiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur agrégé.*

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT FLEURY

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

Qui, nous ayant accueilli dans son service, nous a sans cesse aidé de ses conseils. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé dans notre travail. Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude,

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FROMENT †

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. DE MOURGUES

*Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon,
Chef de clinique du service de Stomatologie
et de Chirurgie maxillo-faciale de l'Hôtel-Dieu.
(Professeur J. Duclos)*

Qu'il nous soit permis de le remercier ici
pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail et
pour tous les conseils qu'il nous a donnés.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUCLOS

*Professeur de Clinique Stomatologique,
Stomatologiste des Hôpitaux de Lyon.*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici, avec l'assurance de notre profond respect, le témoignage de toute notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAYOUX

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique.

Il nous fait le grand honneur de juger cette thèse. Nous l'en remercions et le prions d'accepter l'hommage de notre respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CREYSSEL

Il a toujours fait preuve à notre égard d'une extrême bienveillance. Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges et le prions de trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DARGENT

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES

DU SANATORIUM DES ETUDIANTS DE FRANCE

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre maître le Docteur Fleury, stomatologiste des hôpitaux de Paris, et à la suite d'un certain nombre d'observations faites soit dans son service à la consultation de stomatologie de l'hôpital Bichat, soit dans sa clientèle privée, que nous avons entrepris ce travail dont le titre à lui seul semble un peu révolutionnaire.

Tous les auteurs, en effet, semblent à peu près d'accord sur ce point :

Que la radiographie ne fournit généralement pas d'indication ou fort peu dans les cas d'atteinte isolée de la pulpe.

C'est ce peu que nous allons tâcher d'étudier et de préciser. Nous avons donc repris et poursuivi un travail commencé il y a quelques années dans ce service hospitalier.

Nous nous sommes efforcés, depuis quelques mois, d'examiner tous les malades se présentant à la consultation avec des signes cliniques de pulpite.

Nous avons pratiqué chez eux un examen clinique systématique de l'affection locale ; examen axé plus spécialement sur les réactions de l'organe dentaire vis-à-vis des différentes épreuves suivantes :

- 1° Sensibilité de la carie à l'exploration à la sonde ;
- 2° Réaction à la pression ; réaction à la percussion axiale et transversale.
- 3° Réaction aux agents thermiques.
- 4° Nous avons complété cet examen en faisant un cliché radiographique systématique des dents en cause.
- 5° Nous avons également procédé à un examen ma-

croscopique de la pulpe et des filets radiculaires après section de l'organe dentaire ou pulpectomie, selon ce que nous permettait l'acte thérapeutique. Dans le but d'apprécier le degré de vitalité ou de nécrose de la pulpe.

Nous avons également fait chez ces patients un rapide examen général afin d'éliminer ou d'objectiver une maladie de cet ordre.

Nous allons donc vous présenter un certain nombre d'observations positives, c'est-à-dire avec des images radiologiques plus ou moins marquées.

Ces observations seront accompagnées chacune d'un schéma de la radiographie qui n'est autre qu'un calque de cette dernière, agrandi trois fois environ.

Nous nous livrerons ensuite à un travail de classification qui nous permettra d'évaluer la fréquence générale de ces images et leurs rapports avec les différentes formes de pulpite.

Après quoi, nous nous efforcerons de discuter leur étiologie, leur pathogénie, les causes d'erreurs radiologiques, les conclusions que l'on peut en tirer.

Nous serons amenés à faire au cours de ce travail un certain nombre de rappels anatomiques, histologiques, anatomo-pathologiques.

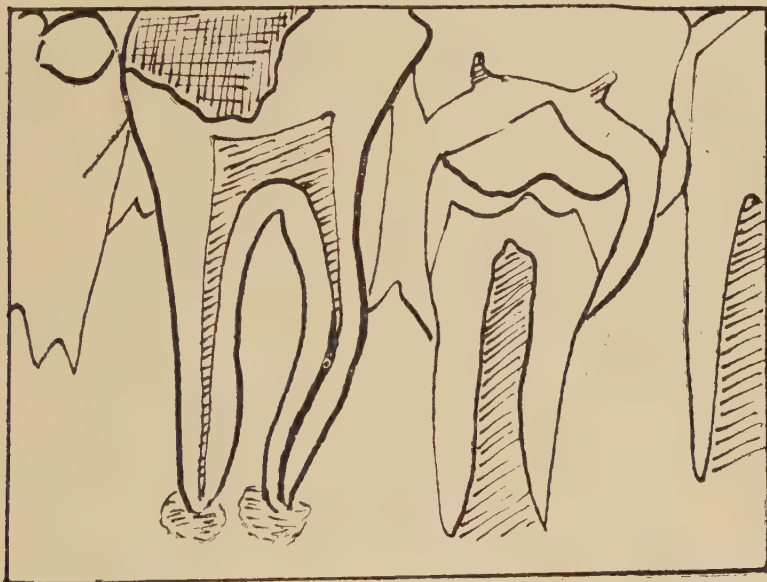
OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

E..... Simone

dossier N° 1975

Cette enfant, âgée de 12 ans, se présente à la consultation pour névralgies dentaires irradiant vers l'oreille gauche, ayant amené une nuit d'insomnie.



La radiographie montre une dent de six ans aux apex convergents ayant terminé son évolution, c'est-à-dire avec apex fermés.

Présence d'une image sombre aux deux apex, image floue, sans contours nets.

Examen :

La dent de six ans inférieure gauche porte une carie disto-occlusale qui est très sensible à l'exploration à la sonde.

Percussion :

La percussion verticale et transversale est également douloureuse.

Agents thermiques :

Le chaud et le froid déclenchent immédiatement une violente crise douloureuse qui dure plusieurs minutes.

Aspect macroscopique :

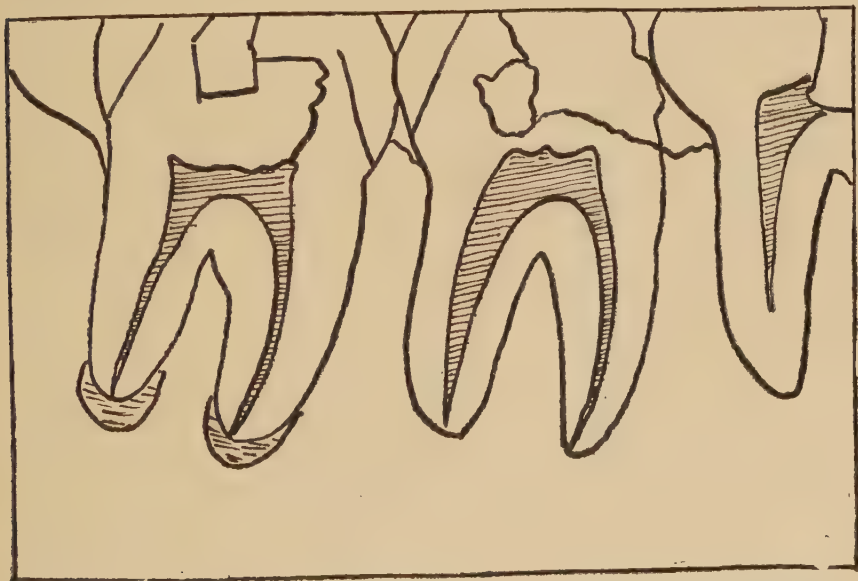
Carie en communication avec la pulpe qui est partiellement nécrosée. Les deux filets radiculaires saignent à la coupe.

Il semble donc s'agir d'une pulpite aiguë nécrosante.

OBSERVATION N° 2

C..... Madeleine (39 ans) dossier N° 1591

Il s'agit d'une malade de trente-neuf ans sans antécédent pathologique particulier, qui vient à la consultation pour douleurs dentaires siégeant au maxillaire inférieur gauche, et irradiant vers l'oreille. Ces douleurs qui surviennent spontanément sont accrues par les variations de température.



Radiographie d'une dent de sagesse inférieure gauche, ayant des signes de pulpite aiguë partielle et montrant une image sombre autour des deux apex.

A l'examen :

Nous trouvons une dent de douze ans qui présente une grosse destruction coronaire mais dont l'exploration à la

sonde est indolore, alors que celle-ci pénètre jusqu'à l'entrée des canaux. La dent de sagesse qui porte un amalgame sur sa face occlusale présente une carie profonde en avant de ce dernier ; l'exploration de cette carie à la sonde est très douloureuse ; il s'agit donc bien là de la dent causale.

Percussion :

La percussion transversale ou verticale est extrêmement douloureuse.

Agents thermiques :

Ils déclenchent immédiatement une violente réaction douloureuse chez la patiente.

Radiographie :

Elle montre une dent de douze ans très délabrée qui ne présente pas de lésion périapicale mais peut-être un certain degré d'hypercémentose sur la racine distale.

La dent de sagesse est en situation normale ; elle possède deux racines nettement séparées qui sont chacune entourées d'une zone sombre semi-lunaire. Il n'existe pas de signe d'épaississement ligamentaire.

Examen macroscopique :

Après extraction et ouverture de la chambre pulpaire nous trouvons une pulpe hyperhémiee, les filets radiculaires sont vivants. Il s'agit d'une pulpite aiguë partielle.

OBSERVATION N° 3

L..... Gilbert (30 ans)

Le malade, qui fait partie du personnel hospitalier, se présente à nous après une nuit d'insomnie due à de violentes douleurs dentaires, siégeant à l'angle gauche de la mandibule, et irradiant vers l'articulation temporo-maxillaire du même côté.



Radiographie d'une dent de douze ans inf. atteinte de pulpite aiguë totale et présentant une image floue périapicale. La première molaire qui est mortifiée présente deux images sombres périapicales.

A l'examen :

La dent de sagesse qui se trouve sur l'arcade paraît intacte. La première molaire porte un amalgame distal et a

une teinte grise. La dent de douze ans a une grosse destruction coronaire dans sa partie occluso-linguale ; cette carie est très douloureuse à l'exploration.

Percussion :

Cette dent est extrêmement sensible à la pression et à la percussion tant dans le sens vertical que transversal.

Agents thermiques :

Leur application exacerbe les douleurs ; l'air froid aspiré suffisant à déclencher une nouvelle crise.

Radiographie :

La radiographie pratiquée nous montre une dent de douze ans à une seule racine mais avec deux canaux radiculaires, l'apex de cette dent est entouré d'une zone sombre assez diffuse dont il est difficile de préciser les limites, en raison de la proximité du canal dentaire.

La dent de sagesse ne présente pas de lésion apicale.

La dent de six ans, porteuse d'un amalgame, présente une image sombre périapicale aux deux apex.

Examen macroscopique :

Nous avons institué un traitement conservateur.

La pose d'un pansement arsenical a amené une disparition presque immédiate des crises douloureuses.

Il s'agissait là d'une pulpite aiguë totale.

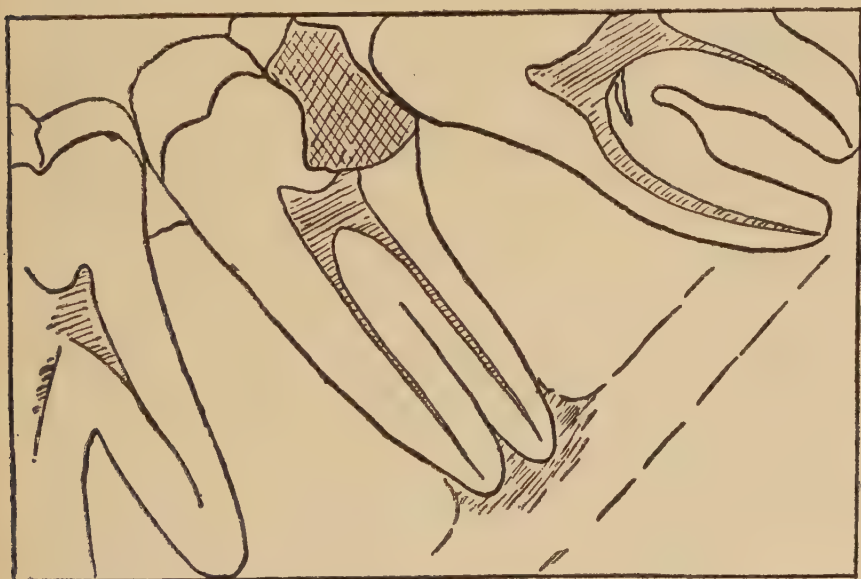
OBSERVATION N° 4

F..... Paquita (20 ans)

dossier N° 2455

Il s'agit d'une malade de vingt ans, hospitalisée pour appendicite aiguë.

Elle vient à la consultation se plaignant de douleurs spontanées survenant surtout la nuit, siégeant au niveau de la branche horizontale de la mandibule et irradiant dans l'hémiface gauche.



Radiographie d'une dent de douze ans inf. gauche, présentant une image périapicale sombre et ayant, à la coupe, des filets radiculaires vivants. Il s'agissait d'une pulpite aiguë nécrosante.

A l'examen :

La dent de douze ans présente une profonde carie distale

très douloureuse à l'exploration à la sonde lisse. La sonde semble pénétrer dans la chambre pulpaire.

Percussion :

La pression et la percussion n'amènent absolument aucune réaction.

Agents thermiques :

Ils déclenchent des crises douloureuses intenses mais tardives.

Radiographie :

La radiographie montre une dent de sagesse en position normale sans lésion.

Une seconde molaire très détruite avec une carie semblant en communication avec la pulpe. Cette dent qui possède deux racines parallèles semble présenter une discrète image sombre périapicale.

Le voisinage du canal dentaire gêne en effet beaucoup dans l'appréciation de cette lésion.

Examen macroscopique :

Après extraction nous trouvons une chambre pulpaire largement ouverte et une pulpe camérale grisâtre en voie de nécrose. Les filets radiculaires saignent à la coupe.

Il semble s'agir là d'une pulpite aiguë nécrosante.

OBSERVATION N° 5

Le C..... Bernardine (45 ans) dossier N° 3221

Cette malade, âgée de quarante-cinq ans, se présente à la consultation pour extraction de la dent de sagesse sup. gauche qu'elle nous montre comme étant le point de départ des douleurs qu'elle ressent.



Radiographie d'une dent de sagesse supérieure gauche présentant des signes de pulpite aiguë nécrosante et montrant une image sombre périapicale.

A l'examen :

Nous trouvons, en arrière d'une dent de douze ans por-

tant une couronne en acier, une dent de sagesse qui ne présente aucune mobilité.

L'exploration minutieuse à la sonde dix-sept permet de découvrir une carie mésiale très douloureuse.

Percussion :

Qu'elle soit verticale ou transversale elle ne produit aucune réaction.

Agents thermiques :

L'application du cautère, de même que celle d'un coton imbibé d'eau froide, déclenche une crise douloureuse immédiate.

Radiographie :

Elle nous met en présence d'une dent de sagesse à deux racines. Ces racines sont entourées d'une image sombre à contour net. Cette dent est porteuse d'une carie mésiale en regard du bord gingival de la couronne de la dent de douze ans.

Examen macroscopique :

Après extraction de la dent nous constatons que la chambre pulpaire est fermée, qu'il n'y a pas de formation granulomateuse appendue à l'apex.

A la coupe :

La pulpe camérale est complètement mortifiée ; les deux filets radiculaires sont jaunes, sauf dans leur tiers apical où ils restent vivants.

Il semble donc s'agir d'une pulpite aiguë nécrosante.

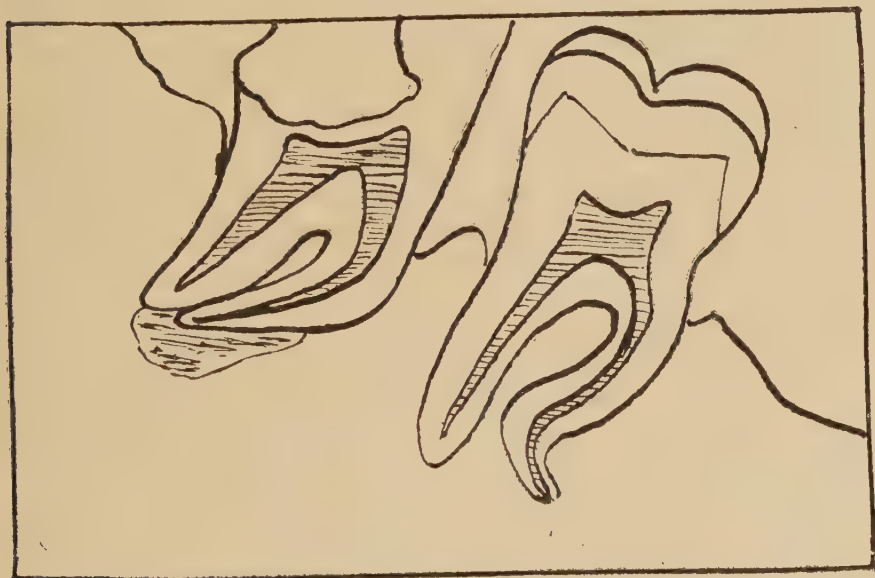
OBSERVATION N° 6

C.....

dossier N° 8818

La malade qui se présente à nous vient consulter pour de violentes douleurs dentaires, siégeant au côté droit de la mandibule, irradiant vers l'oreille, amenant de l'insomnie et de la gêne à l'alimentation.

L'interrogatoire nous apprend qu'il s'agit de la première crise douloureuse sur cette dent.



Radiographie d'une dent de sagesse inférieure droite montrant une image sombre périapicale. Cette dent est atteinte de pulpite aiguë séreuse.

A l'examen :

La dent de sagesse inférieure droite présente une grosse destruction coronaire dans sa portion disto-occlusale.

La chambre pulpaire semble fermée, mais l'examen de la carie à la sonde est très douloureux.

Percussion :

La percussion, tant verticale que transversale, est extrêmement douloureuse.

Agents thermiques :

Leur application amène immédiatement l'apparition d'une violente crise douloureuse avec irradiation au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Radiographie :

La radiographie nous montre cette dent de sagesse porteuse d'une carie distale très voisine de la pulpe. Les apex semblent convergents, la racine distale est sensiblement dans le prolongement de la couronne, alors que la racine mésiale est fortement courbée vers l'arrière.

Il existe, au niveau des apex, une zone sombre, assez marquée, plus étendue sur la racine mésiale. Ses limites sont floues.

Examen macroscopique :

L'examen macroscopique nous montre une chambre pulpaire fermée, une pulpe vivante et des filets radiculaires vivants.

Il s'agit donc d'une pulpite aiguë séreuse.

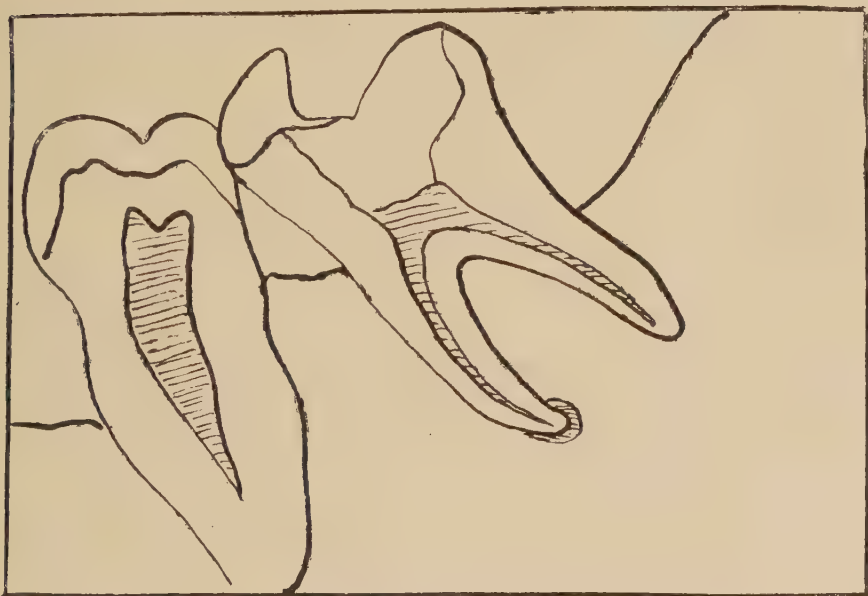
OBSERVATION N° 7

F..... René (40 ans)

dossier N° 2956

Malade de quarante ans, qui se présente à la consultation pour douleurs dentaires siégeant au niveau de la deuxième molaire inférieure droite, qu'il désigne lui-même comme étant à l'origine des douleurs, irradiant à toute l'hémimandibule.

Le début des douleurs remonte à trois jours environ.



Radiographie d'une dent de douze ans, inférieure droite, présentant des signes de pulpite aiguë superficielle et montrant une image sombre autour de l'apex mésial.

A l'examen :

La dent de douze ans, inf. droite, présente une grosse

carie occlusale, qui semble intéresser la pulpe. L'exploration de la carie à la sonde est très douloureuse.

Percussion :

La percussion verticale et transversale est indolore.

Agents thermiques :

Le chaud comme le froid déclenche une crise douloureuse violente, avec ses irradiations caractéristiques jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire.

Radiographie :

La radiographie nous montre que nous nous trouvons devant une dent de douze ans qui s'est mésialée sans doute après l'extraction de la dent de six ans.

La dent est inclinée dans le sens disto-mésial et sa couronne vient toucher la seconde prémolaire.

L'apex mésial est entouré d'une petite image sombre.

L'apex distal est d'aspect normal.

Examen macroscopique :

Après extraction, la coupe de la dent nous montre une pulpe camérale vivante et des filets radiculaires vivants.

Il semble donc s'agir d'une pulpite aiguë superficielle.

OBSERVATION N° 8

D..... Antonie (47 ans)

dossier N° 1712

Cette malade, qui fait partie du personnel hospitalier, est âgée de quarante-sept ans, elle se présente à la consultation après plusieurs crises douloureuses antérieures siégeant dans la région molaire inférieure gauche. Ces crises douloureuses sont discontinues et laissent entre elles des rémissions totales.



Radiographie d'une dent de douze ans inférieure montrant une hypercémentose des deux apex et ayant trois filets radiculaires vivants.

A l'examen :

La dent de douze ans est la seule molaire à persister sur l'arcade, elle présente une profonde carie distale sensible à

l'exploration à la sonde. Cette dent ne présente aucune mobilité.

Percussion :

Qu'elle soit verticale ou transversale, elle ne provoque aucune douleur.

Agents thermiques :

Le chaud et le froid déclenchent de violentes douleurs qui sont un peu tardives.

Radiographie :

Elle nous montre une dent de douze ans qui s'est mésialée jusqu'à toucher la prémolaire.

Cette dent possède deux racines qui ont une forme globuleuse ; la racine distale surtout a un aspect renflé en massue.

Il existe autour des apex une petite image floue qui s'étend jusqu'au canal dentaire. Il existe des pulpolithes dans la chambre pulpaire.

Examen macroscopique :

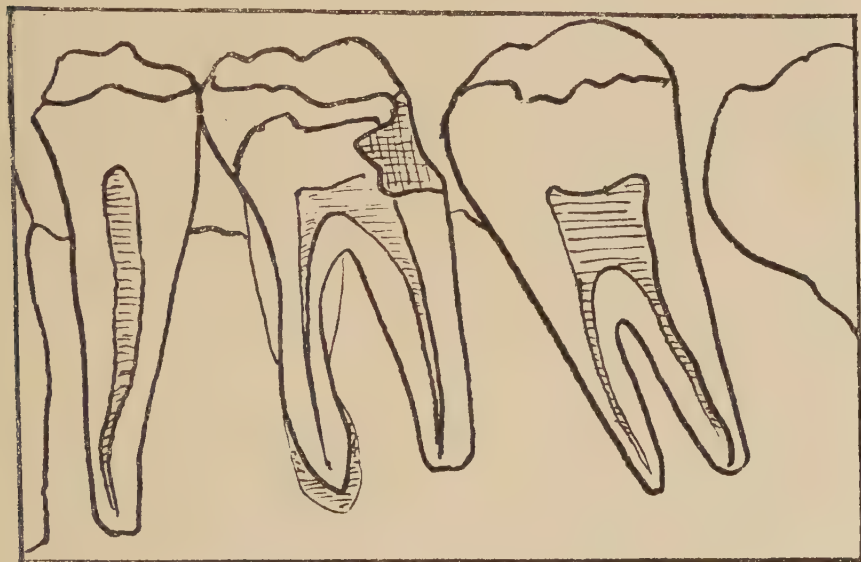
Après extraction, la chambre pulpaire se montre partiellement comblée ; à la coupe les filets radiculaires sont vivants tous les trois. Il s'agit donc d'une pulpite chronique.

OBSERVATION N° 9

G..... Renée

dossier N° 8644

Cette malade vient nous consulter pour douleurs dentaires spontanées, ayant débuté il y a trois jours, accrues par les mouvements et principalement par l'alimentation qu'elles rendent difficile.



Radiographie d'une dent de six ans, inférieure gauche, présentant un certain degré d'hypercémentose et une image floue discrète autour de l'apex mésial. Cette dent présente une pulpite aiguë nécrosante.

A l'examen :

L'hémiarcade gauche inférieure est complète, la dent de sagesse est encore en partie recouverte d'un capuchon muqueux.

La dent de six ans est atteinte d'une grosse carie distale dont l'exploration à la sonde est très douloureuse.

Percussion :

La percussion verticale et transversale est très douloureuse.

Agents thermiques :

Leur application provoque immédiatement une crise douloureuse.

Radiographie :

Elle nous montre une dent de sagesse qui n'a pas terminé son évolution, une dent de douze ans normale, une seconde prémolaire normale.

La dent de six ans, qui a une carie profonde semblant atteindre une corne pulpaire, présente une racine mésiale déformée par de l'hypercémentose, son apex est entouré d'une zone sombre, peu importante, à limites floues. La racine distale est également légèrement déformée.

Examen macroscopique :

La carie est en communication avec la chambre pulpaire. La pulpe paraît partiellement nécrosée, les filets radiculaires saignent à la coupe et sont donc vivants.

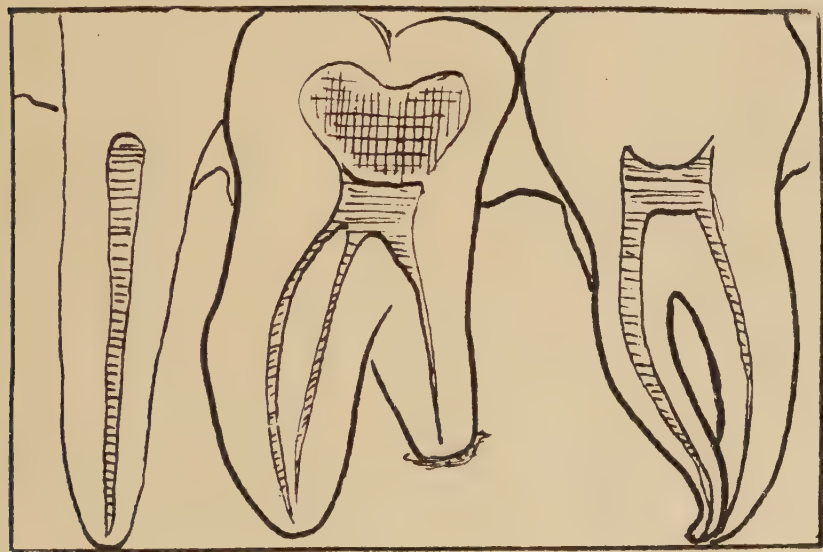
Cette dent semble donc atteinte de pulpite aiguë nécrosante.

OBSERVATION N° 10

S..... Daniel

dossier N° 8678

Le malade se présente à la consultation pour des douleurs dentaires spontanées, accrues par les mouvements, irradiant vers l'oreille gauche.



Radiographie d'une dent de six ans, inférieure droite, présentant des signes de pulvite hyper-plasique avec granulome corolaire et montrant une rhizalyse marquée de la racine distale. Ce malade avait présenté plusieurs crises douloureuses antérieures sur la même dent.

A l'examen :

Nous trouvons une profonde carie sur la face occlusale de la dent de six ans inférieure gauche ; cette carie est en

communication avec la cavité buccale par un orifice très étroit ; son exploration à la sonde ne réveille aucune douleur.

La pression sur la dent causale est indolore.

Percussion :

La percussion tant verticale que transversale est absolument négative.

Agents thermiques :

Ils produisent de violentes réactions douloureuses.

Radiographie :

La radiographie nous montre :

Une seconde prémolaire normale sans lésion apicale.

Une dent de douze ans en position normale avec des racines convergentes.

La dent de six ans par contre porte une grosse carie occlusale, qui paraît respecter l'émail ; cette destruction coronaire a grossièrement une forme en cœur et semble mettre la cavité en communication avec la pulpe.

La racine mésiale de cette dent semble avoir une longueur normale, mais présente une très légère hypercémentose, il existe aussi un léger épaissement ligamentaire.

La racine distale montre une rhizalyse marquée de deux mm. environ par rapport à la mésiale. Une petite image floue coiffe cet apex.

Examen macroscopique :

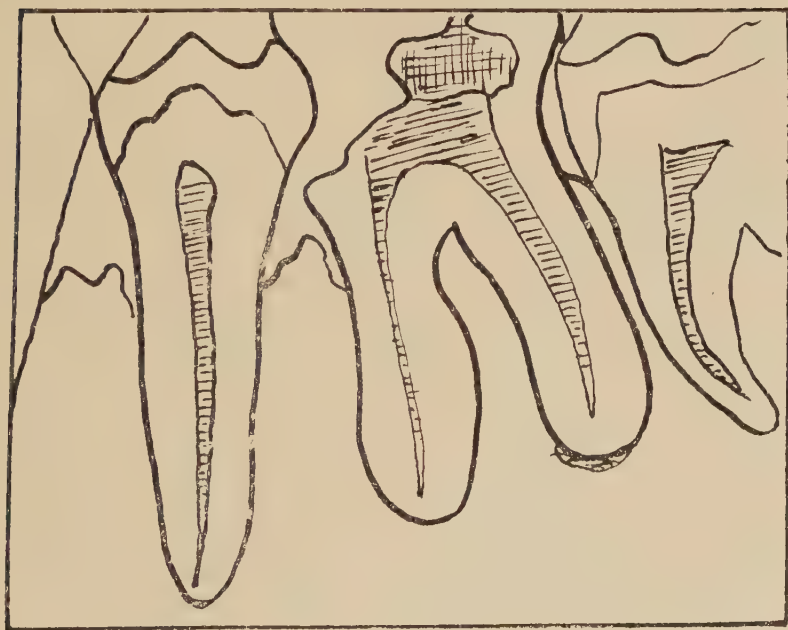
Après extraction, nous trouvons la cavité coronaire comblée par une prolifération pulpaire, les filets radiculaires sont vivants. Il semble donc s'agir d'une pulpite chronique hyperplasique.

OBSERVATION N° 11

Monsieur R..... Marcel

dossier N° 8658

Le malade vient consulter après plusieurs crises douloureuses antérieures.



Radiographie de la première molaire inférieure droite
avec hypercémentose et rhizalyse.

A l'examen :

La dent de six ans inférieure droite montre une profonde carie intéressant ses faces occlusale et mésiale ; la cavité

qui semble communiquer avec la chambre pulpaire est légèrement sensible à la sonde.

Percussion :

La percussion dans le sens transversal est indolore alors que dans le sens vertical elle déclenche une violente crise douloureuse.

Agents thermiques :

Le froid ne déclenche pas de douleur.

Le chaud provoque une douleur retardée.

Radiographie :

La radiographie nous montre une dent de six ans présentant des racines fortement déformées en battant de cloche signant une hypercémentose associée à un certain degré de rhizalyse.

L'apex distal est entouré d'une zone sombre très discrète.

Les cloisons osseuses interdentaires sont grignotées.

Examen macroscopique :

Après extraction la dent nous montre :

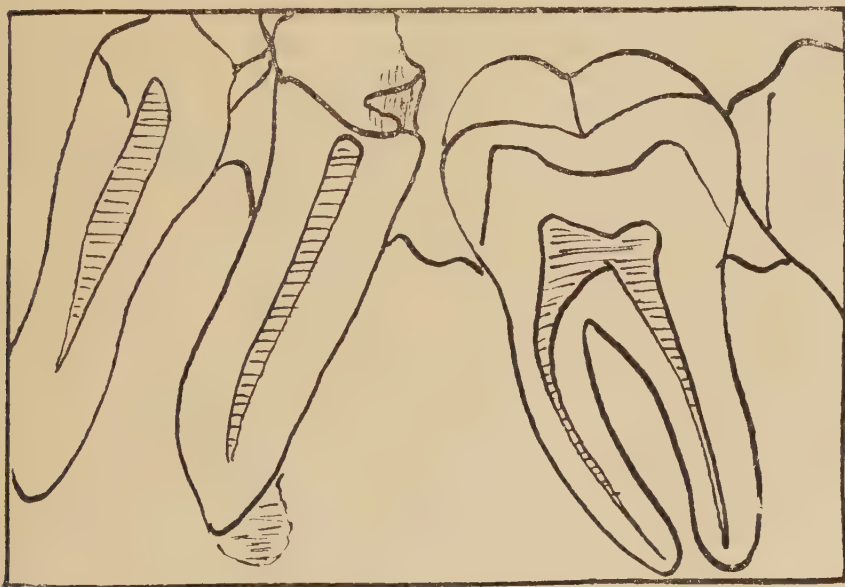
Une chambre pulpaire en communication avec la carie, une pulpe camérale en voie de nécrose, un filet radiculaire distal vivant, un filet radiculaire mésial nécrosé dans son tiers supérieur. Cet examen macroscopique, en accord avec l'examen clinique, nous permet de porter le diagnostic de pulpite chronique nécrosante.

OBSERVATION N° 12

Le S..... Roger

dossier N° 5648

Il s'agit d'un jeune malade de 20 ans, qui se présente à la consultation pour violentes douleurs dentaires et maxillaire, ayant leur point de départ au niveau de la seconde prémolaire inférieure gauche. L'interrogatoire nous apprend que le malade a déjà eu deux crises douloureuses antérieures sur cette dent.



Radiographie d'une seconde prémolaire inférieure gauche, présentant une image floue périapicale et des signes cliniques de pulpite aiguë séreuse.

A l'examen :

Nous trouvons une seconde prémolaire qui est assez abra-

séc et qui porte une carie distale profonde dont le fond paraît dur mais qui est douloureuse à la sonde.

La pression sur la dent est extrêmement douloureuse.

Percussion :

La percussion verticale et transversale de la dent causale amène des protestations de la part du malade.

Les épreuves thermiques :

Elles amènent de très intenses réactions douloureuses avec irradiation au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Radiographie :

La radiographie montre :

Une dent de douze ans légèrement inclinée mésialement, qui ne présente pas de lésion apicale ou para-apicale. Ses apex sont convergents. Le seconde prémolaire, qui est la dent causale, nous montre : une racine un peu globuleuse qui traduit des phénomènes d'hypercémentose.

L'apex de cette dent est coiffé d'une image sombre assez discrète sur son côté distal.

Examen macroscopique :

Après extraction la pulpe coronaire saigne, ainsi que le filet radiculaire.

Il semble donc s'agir là d'une pulpite aiguë séreuse.

OBSERVATION N° 13

D..... Suzanne (41 ans)

dossier N° 3336

La malade, âgée de quarante-et-un ans, est soignée régulièrement dans le service depuis plusieurs années.

Elle se plaint d'une violente rage de dent ayant débuté la veille au soir.



Radiographie d'une incisive latérale supérieure montrant une image sombre périapicale. Cette dent présentait des signes de pulpite aiguë superficielle.

A l'examen :

L'examen nous montre une incisive centrale supérieure gauche, porteuse d'une grosse carie insensible à l'exploration à la sonde.

L'incisive latérale gauche présente également une carie mésiale très douloureuse à l'examen.

Percussion :

La percussion dans le sens vertical et transversal des deux incisives est absolument indolore.

Agents thermiques :

L'incisive centrale ne réagit pas du tout à leur contact.

L'incisive latérale par contre est très douloureuse ; il s'agit donc bien là de la dent causale.

Radiographie :

Elle nous montre une incisive centrale dont la chambre pulpaire paraît en communication avec la carie, sans aucune lésion périapicale.

L'incisive latérale qui est la dent causale présente autour de son apex une ombre semi-lunaire nette.

On notera la présence d'une canine droite incluse se projetant sur l'incisive centrale droite.

Examen macroscopique :

Un traitement conservateur a été institué.

La pose d'un arsénieux a été suivi d'une cédation rapide des phénomènes douloureux. Au cours du nettoyage de la cavité nous avons provoqué une hémorragie pulpaire.

OBSERVATION N° 14

Le F..... A. (48 ans)

dossier N° 2949

Cette malade, âgée de quarante-huit ans, sans antécédent pathologique, se présente à la consultation pour douleurs dentaires dont le début remonte à une huitaine de jours.

Ces douleurs siégeant au maxillaire supérieur droit irradient vers l'orbite et l'articulation temporo-maxillaire.



Radiographie d'une première prémolaire supérieure droite montrant une image périapicale avec des filets radiculaires vivants.
Il s'agissait d'une pulpite aiguë nécrosante.

A l'examen :

La première prémolaire supérieure droite montre sur sa partie occluso-mésiale une profonde carie dont l'exploration à la sonde se révèle très douloureuse.

Percussion :

La percussion verticale est indolore alors que dans le sens transversal elle est très légèrement douloureuse.

Agents thermiques :

Le chaud et le froid provoquent immédiatement une violente crise douloureuse qui persiste plusieurs minutes.

Radiographie :

La radiographie nous met en présence d'une première prémolaire supérieure à deux canaux, cette dent présente en outre une carie distale proche du collet qui avait échappé à notre premier examen. L'apex de cette dent est entouré d'une petite ombre semi-lunaire à contours assez nets.

Examen macroscopique après extraction :

Il n'y a pas de formation granulomateuse appendue aux apex. La carie communique avec la chambre pulpaire qui est vide. La coupe des racines montre deux filets radiculaires vivants. Il semble donc que l'on soit en présence d'une pulpite aiguë nécrosante.

OBSERVATION N° 15

B..... Jeannine (22 ans) dossier N° 1476

Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans qui se présente à la consultation pour douleurs dentaires irradiant vers l'oreille gauche sans horaire fixe ni cause favorisante bien nette.

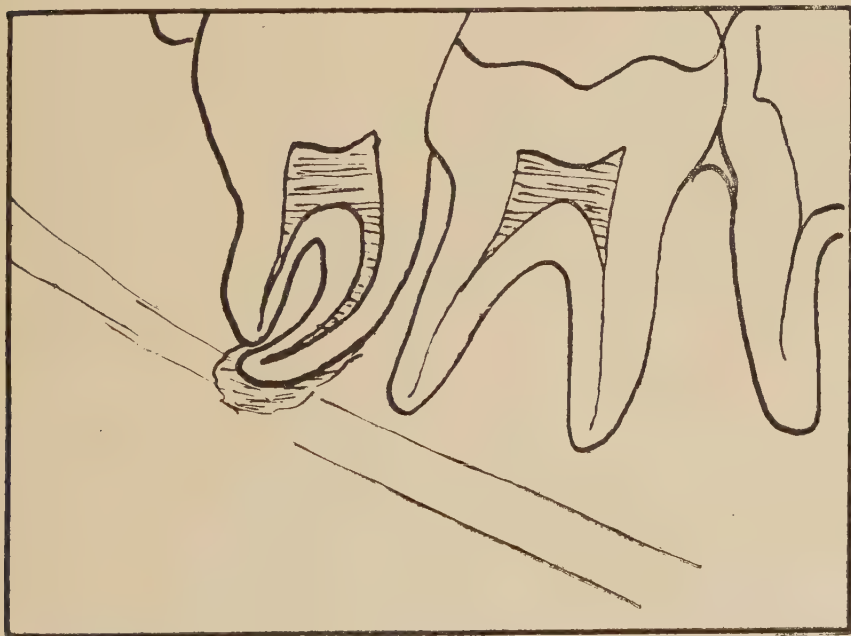


Image périapicale sur dent de sagesse intacte et vivante.

A l'examen :

Nous ne voyons pas de carie sur la dent de douze ans ni

sur la dent de sagesse ; la dent de six ans porte une grosse obturation métallique.

Percussion :

La percussion de toutes les dents de cette hémiarcade inférieure est négative.

Agents thermiques :

Les tests aux agents thermiques sur cette hémiarcade nous montrent une dent de six ans mortifiée, une dent de douze ans vivante.

La dent de sagesse est très douloureuse à ces épreuves.

Radiographie :

Elle nous montre une dent de six ans porteuse d'une grosse obturation avec une chambre pulpaire obturée mais canaux vides. La dent de douze ans a un aspect normal.

La dent de sagesse sur laquelle la radiographie ne décèle pas de carie nous montre deux racines ; la racine mésiale est assez fortement incurvée vers l'arrière ; son apex qui se projette sur le canal dentaire est entouré d'une image sombre discrète.

Examen macroscopique :

Après extraction la dent paraît intacte, il n'y a pas de formation granulomateuse accolée aux apex.

La coupe montre une pulpe et des filets radiculaires sains.

Il semble donc qu'il s'agisse là d'une image radiologique sur dent saine et non d'une image de pulpite.

La symptomatologie assez fruste de l'affection ne permet d'ailleurs pas de porter un diagnostic de pulpite.

OBSERVATION N° 16

Gr..... (48 ans)

dossier N° 9009

Il s'agit d'un malade de quarante-huit ans, qui le 25 février se présente à la consultation pour odontalgies siégeant au niveau de l'angle mandibulaire gauche. Ces douleurs, qui irradient vers l'oreille, débutent spontanément, mais sont accrues par les mouvements et surtout l'ingestion de liquides froids ou chauds.

Le début de l'affection remonte à trois semaines.



Radiographie d'une dent de sagesse inférieure gauche présentant une image sombre autour de l'apex distal et ayant à la coupe des filets radiculaires vivants. Il s'agissait là d'une pulpite aiguë nécrosante.

A l'examen :

Le malade possède une héli-arcade inférieure gauche complète. Les dents de six et de douze ans ne montrent pas de lésion.

La dent de sagesse, qui porte une profonde carie disto-vestibulaire très sensible à l'examen à la sonde, est entièrement dégagée de la muqueuse.

La pression sur cette dent de sagesse est très douloureuse.

Percussion :

La percussion tant verticale que transversale déclenche une crise douloureuse violente.

Agents thermiques :

Leur emploi provoque une intense réaction tant au chaud qu'au froid.

Radiographie :

Elle nous montre une dent de douze ans normale sans lésion.

La dent de sagesse semble avoir deux racines qui sont fortement courbées distalement. La chambre pulpaire et les canaux sont difficilement perceptibles ; l'apex distal est entouré d'une image sombre semi-lunaire très nette.

Examen macroscopique :

Après une extraction laborieuse nous nous trouvons devant une dent à trois racines accolées. La carie communique avec la cavité pulpaire qui paraît vide. La coupe des racines à la pince montre trois filets radiculaires vivants.

Il semble donc que nous sommes en présence d'une pulpite aiguë nécrosante.

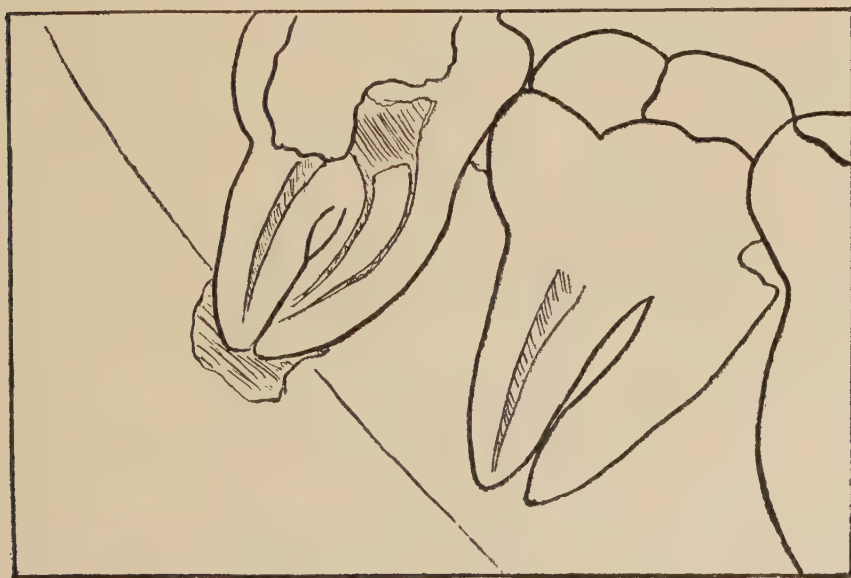
OBSERVATION N° 17

B..... Hélène (27 ans)

dossier N° 9011

Cette malade, qui est âgée de 27 ans, se décide à venir à la consultation, après plusieurs nuits d'insomnie.

Cette insomnie est due à de violentes crises douloureuses avec irradiations à l'articulation temporo-maxillaire droite. L'interrogatoire nous apprend en outre que la malade a présenté antérieurement plusieurs crises douloureuses au niveau de la dent de sagesse inférieure droite ; ces crises s'échelonnent sur plusieurs années.



Radiographie d'une dent de sagesse inférieure droite présentant une pulpite aiguë nécrosante montrant une image sombre périapicale.

A l'examen :

L'hémi-arcade inférieure droite est complète, la dent de sagesse de ce côté n'a pas terminé son évolution, un repli muqueux recouvre encore une partie de la couronne qui présente une profonde carie occlusale dont l'exploration à la sonde est très douloureuse.

Percussion :

La percussion est également douloureuse dans le sens axial et transversal.

Agents thermiques :

Les agents thermiques appliqués sur cette dent de sagesse provoquent de violentes douleurs.

Radiographie :

La radiographie montre une dent de sagesse porteuse d'une profonde carie occlusale. Les apex convergents de cette dent sont entourés d'une zone sombre à limites irrégulières se projetant sur le canal dentaire.

Examen macroscopique :

Après extraction nous trouvons une chambre pulpaire fermée, une pulpe coronaire nécrosée, deux filets radiculaires vivants.

Il semble donc s'agir d'une pulpite aiguë nécrosante.

OBSERVATION N° 18

D..... Marie-Louise (36 ans)

Cette observation nous a été transmise par notre camarade G. Lebreton qui travaille avec nous dans ce service.

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans, régulièrement soignée dans le service, qui vient consulter pour violentes dou-



Radiographie d'une canine supérieure étroite montrant une rhizalysé marquée et présentant des signes cliniques de pulpite aiguë séreuse.

leurs de l'hémiface droite ayant leur point de départ au niveau de la canine supérieure droite qu'elle nous indique du doigt.

Le début des douleurs remonte à deux jours.

A l'examen :

La canine supérieure droite porte une carie distale profonde dont l'exploration à la sonde est très douloureuse. La première prémolaire qui a été traitée antérieurement (obturation radiculaire) porte un silicate.

Percussion :

Elle déclenche de violentes douleurs tant dans le sens axial que transversal.

Agents thermiques :

Les agents thermiques amènent une immédiate et très violente réaction.

Radiographie :

Elle nous montre une canine dont la racine présente une rhizalyse très nette sur sa face distale.

Les deux prémolaires ont des racines globuleuses signant l'hypercémentose.

Examen macroscopique :

Un traitement conservateur a été institué, on a tenté une biopulpectomie que l'on ne put pratiquer en raison des douleurs résistant aux anesthésiques. Au cours de cette tentative la chambre pulpaire a été ouverte et la pulpe a saigné abondamment. La dévitalisation a été obtenue par la pose d'un pansement arsenical.

Il semble donc s'agir ici d'une pulpite aiguë séreuse.

Fréquence des images périapicales.

Noms	N°	Sonde	Percussion				Radio	Coupe
			↓	→	Ch.	Fr.		
E.S.	1	g6	+	+	+	+	Image sombre apicale.	Pulpe partiellement nécrosée. Filets rad. vivants.
C.M.	2	g8	o	+	+	+	Ombre semi - lunaire aux apex.	Pulpe hyperhémiee. Filets rad. vivants.
L.G.	3	g7	+	+	+	+	Ombre diffuse apicale.	Arsénieux. Pulpe vivante.
F.P.	4	g7	+	o	o	+	Image sombre apicale discrète.	Pulpe en voie de nécrose. Filets radiculaires vivants.
L.C.B.	5	G8	+	o	o	+	Image sombre à bords nets.	Tiers apical des filets radiculaires vivants.
C.	6	d8	+	+	+	+	Image sombre aux apex.	Pulpe vivante et filets radiculaires vivants.
F.G.	7	d7	+	o	o	+	Petite image sombre autour apex mésial.	Pulpe et filets vivants.
D.A.	8	g7	+	o	o	+	Hypercémentose sur la racine distale, petite image floue aux apex ; pulpolithes.	Trois filets radiculaires vivants.
G.R.	9	g6	+	+	+	+	Image sombre apicale.	Pulpe partiellement nécrosée. Filets vivants.
S.D.	10	d6	o	o	o	+	Rhizalyse sur racine distale.	Pulpe hyperhémiee. Filets radiculaires vivants.
R.M.	11	d6	+	+	o	+	Rhizalyse, hypercém., zone sombre très discrète apex dist.	Pulpe camérale en voie nécrose. Filet rad. dist. vivant. Mésial tiers sup. nécrosé.
D.S.R.	12	g5	+	+	+	+	Racine globuleuse, image sombre apicale.	Pulpe et filet vivants.
D.S	13	G2	o	o	o	+	Image sombre semi-lunaire apicale.	Arsénieux.
L.F.A.	14	D4	+	o	+	+	Ombre périapicale semi-lunaire.	Chambre pulpaire vide 2 filets radiculaires vivants.
B.J.	15	g8	Dent intacte				Image périapicale sur apex mésial.	Dent vivante.
Gr.	16	g8	+	+	+	+	Image sombre sur apex distal.	Pulpe nécrosée dans sa portion coronaire. Trois filets radiculaires vivants.
B.H.	17	d8	+	+	+	+	Image sombre périapicale.	Chambre pulpaire close. Pulpe coronaire nécrosée. Deux filets radiculaires vivants.
D.M.L.	18	D3	+	+	+	+	Rhizalyse marquée sur face distale de la racine.	Pulpe saigne. Arsénieux.

Nous avons examiné et recueilli les observations de quarante pulpites que nous avons vérifiées macroscopiquement par l'examen de la pulpe et des filets radiculaires.

Ces quarante observations, que nous ne reproduirons pas en détail, réunissent les différentes sortes cliniques de pulpite, depuis la pulpite aiguë superficielle jusqu'à la pulpite aiguë nécrosante. Sur ces quarante cas de pulpite, seize radiographies se sont montrées positives, c'est-à-dire ont objectivé des lésions et vingt-quatre se sont révélées négatives.

Nous avons éliminé deux cas de pulpite sur dents pluriradiculées qui ont montré à l'examen macroscopique un filet radiculaire entièrement nécrosé, estimant en effet que ces deux cas où la radiographie était positive se rattachaient aux images périapicales des dents atteintes de gangrène pulpaire.

Nous avons en outre un cas de réaction apicale sur dent vivante qui correspond à l'observation N° 15 et dont nous ne tenons pas compte dans nos chiffres.

Nous voyons donc, d'après le tableau que nous venons de dresser, que nous trouvons seize images radiologiques sur quarante cas examinés, ce qui fait une proportion de deux cas sur cinq.

Ces seize images positives se divisent en deux grandes classes :

Les Rhizalyses et hypercémentoses ;

Les ombres périapicales.

Ces formes peuvent être isolées ou associées sur une même dent. Sur ces seize images on peut dire qu'il y a quatre cas où rhizalyse et hypercémentose dominant et douze cas où il s'agit uniquement de lésion périapicale.

Il y a donc au total quatre cas de rhizalyse et hypercémentose sur quarante pulpites étudiées, ce qui fait une proportion de un cas sur dix.

En ce qui concerne les images sombres périapicales, le pourcentage est un peu plus fort puisqu'il s'établit autour de un cas sur trois environ.

Nous allons nous efforcer de classer maintenant les lésions observées selon le degré d'atteinte pulpaire. Pour cela nous nous baserons surtout sur l'examen macroscopique qui traduit plus fidèlement que l'examen clinique l'état de la pulpe et des filets radiculaires.

Il est donc indispensable, pour la clarté de notre travail, de rappeler brièvement quelques notions de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

Rappel anatomo-pathologique des affections pulpaires.

Comme le dit le Professeur M. Dechaume dans son précis de stomatologie :

« Toutes les notions de pathologie générale s'appliquent à la pulpe, avec cette réserve que les blessures directes ont peu de tendance à la cicatrisation. » On pourra donc observer successivement :

- au degré le plus léger une simple hyperhémie ;
- puis un stade inflammatoire (pulpite aiguë congestive) ;
- dont l'évolution se fait rapidement vers la suppuration ou la nécrose ;
- ou vers la chronicité : sclérose hypertrophique, atrophique ou dystrophique.

Ce qui s'accorde avec la classification histopathologique de Krivine dont nous allons rappeler l'essentiel.

Krivine distingue :

I. — *Pulpe saine non enflammée.*

Dans ce stade la pulpe est normale macroscopiquement, il y fait entrer :

a) Les altérations odontoblastiques simples. L'histologie montre une réaction de défense des odontoblastes qui se manifeste par une apposition de dentine secondaire vers l'extérieur.

b) Exposition de la pulpe — accident opératoire.

c) Hyperhémie pulpaire qui se manifeste par une vasodilatation générale sans phénomène histologique.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce premier stade dont nous n'avons pas d'exemple dans nos observations.

II. — *Pulpites*.

A. — Pulpites aiguës simples ou séreuses.

Phénomènes inflammatoires purement vasculaires.

1) Superficielle.

La partie la plus superficielle de la pulpe coronaire présente le premier stade de l'inflammation avec : infiltration leucocytaire. Le parenchyme pulpaire est normal.

2) Partielle et totale.

C'est la pulpite séreuse, congestive, hyperhémique.

Macroscopiquement la pulpe présente une teinte rouge plus ou moins foncée et est turgescence.

Microscopiquement : vaso-dilatation, diapédèse, leucocytose.

Dans la pulpite totale la pulpe radiculaire participe au processus et souvent le ligament présente une réaction inflammatoire assez intense.

B. — Pulpites avec altérations parenchymateuses.

1) Pulpite aiguë purulente.

En général partiellement purulente. La partie superficielle de la pulpe est transformée en une gouttelette de pus. Le reste de la pulpe présente des signes d'inflammation intense auxquels le ligament participe généralement.

2) Pulpite aiguë nécrosante.

La partie la plus proche de la carie a un aspect nécrotique, le reste de la pulpe montre des signes d'inflammation aiguë avec participation ligamentaire.

En règle la chambre pulpaire est fermée.

3) Pulpite chronique.

a) Nécrosante aseptique, purulente, gangréneuse.

b) Hypertrophique.

Il se produit une hyperplasie, un bourgeonnement du tissu pulpaire sous quatre formes différentes :

- forme parenchymateuse (pulpe gonflée, grisâtre ;
- forme granulomateuse montrant de véritables polypes pulpaire à trois couches : une externe de corpuscules en décomposition, une moyenne composée des cellules endothéliales des capillaires, une interne de tissu conjonctif avec vaisseaux sanguins très dilatés et de nombreuses cellules rondes. C'est un véritable tissu de granulation.
- forme sarcomateuse très voisine de la précédente ;

— forme hyperplasique spéciale correspondant au granulome interne de Schweitzer.

c) Atrophique.

S'associe souvent aux formes dystrophiques.

d) Dystrophique.

1. Dégénérescence calcaire.

Ou bien les mutations calciques se montrent à la périphérie de la pulpe au contact de la dentine, ou bien il y a formation de pulpolithes ou calculs pulpaire.

2. Dégénérescence fibreuse.

3. Dégénérescence graisseuse.

4. Dégénérescence hyaline.

5. Dégénérescence amyloïde.

6. Dégénérescence kystique.

III. — *Nécrose pulpaire totale.*

Nous n'étudierons pas ce stade qui ne fait plus partie des Pulpites.

Rapports des images apicales et périapicales avec les différentes formes de pulpites.

Sur nos seize observations nous voyons d'après le tableau que nous avons dressé que :

I. — Pulpites aiguës simples ou séreuses.

Six cas se classent parmi les pulpites aiguës séreuses, c'est-à-dire ne présentent que des phénomènes purement vasculaires. Ils se répartissent de la façon suivante.

1) Pulpite superficielle.

Deux observations se rangent dans cette catégorie, les Nos 7 et 13.

Dans ces deux cas la pulpe est entièrement vivante, il n'existe aucun signe d'atteinte ligamentaire, la percussion dans les deux sens est absolument indolore.

La radiographie montre une image sombre périapicale discrète sur la racine mésiale de la dent de douze ans dans le cas No 7.

Dans le cas No 13 il y a également une image périapicale coiffant l'incisive latérale supérieure gauche.

2) Pulpite aiguë partielle et totale.

Quatre malades peuvent se ranger dans cette catégorie, ils portent les numéros 2-3-6-12.

Dans chacun de ces cas qui rassemblent trois dents pluriradiculées et une monoradiculée, il existe une pulpe entièrement vivante et des signes cliniques d'arthrite, qui traduisent l'atteinte ligamentaire. Ces quatre cas montrent radiologiquement des images sombres aux apex.

II. — *Pulpites avec altérations parenchymateuses.*

Elles groupent les dix observations restantes qui peuvent se répartir ainsi :

- a) Pulpite aiguë purulente, aucune observation positive.
- b) Pulpite aiguë nécrosante.

Elles comprennent sept observations, qui portent les Nos 1-4-5-9-14-16-17.

Ces sept observations montrent des images radiologiques du type ombre périapicale à limites plus ou moins nettes.

Sur ces sept dents, cinq cas présentent de l'arthrite, c'est-à-dire une atteinte ligamentaire.

Deux cas ne présentent pas de signe d'arthrite.

- c) Pulpites chroniques.

Elles rassemblent les trois observations restantes avec deux formes nécrosantes portant les Nos 8 et 11, montrant l'une une hypercémentose et des pulpolithes ; l'autre une rhizalyse associée à une hypercémentose et à une ombre périapicale.

Une forme hypertrophique sous sa forme hyperplasique portant le No 10 et montrant une image radiologique de rhizalyse très marquée.

Nous allons dresser un tableau dans le but de résumer nos résultats.

PULPITES AIGUES SIMPLES OU SEREUSES		PULPITES AVEC ALTERATIONS PARENCHYMATEUSES		
Pulpites aiguës superficielles	Pulpites aiguës partielles et totales	Pulpites aiguës nécrosantes	Pulpites chroniques	
Ob. 7 Arthrite o	Ob. 2 Arth. +	Ob. 1 Arth. +	Nécrosantes	Hypertro- phiques
Ob. 13 Arthrite o	Ob. 3 Arth. +	Ob. 4 Arth. o	Ob. 8	
	Ob. 6 Arth. +	Ob. 5 Arth. o	Ob. 11	Ob. 10
Image sombre périapicale	Ob. 12 Arth. +	Ob. 9 Arth. +	Rhiza- lyse plus hypercé- mentose	Granu- lome interne
	Image sombre périapicale	Ob. 14 Arth. +		
		Ob. 16 Arth. +		Rhiza- lyse
		Ob. 17 Arth. +		
		Image sombre périapicale		

Nous voyons donc que dans les pulpites nous trouvons deux types d'images radiologiques :

Les Rhizalyses et hypercémentoses ;

Les images sombres périapicales ou radioclares que nous allons étudier successivement.

1. Les Rhizalyses.

Leur fréquence dans les infections pulpaires est faible, puisque sur quarante pulpites nous trouvons seulement une rhizalyse pure et deux cas où elle est associée à des phénomènes d'hypercémentose.

Nous voyons qu'elles se rangent surtout parmi les pulpites chroniques nécrosantes et hyperplasiques.

Classiquement les rhizalyses se divisent en six catégories.

1) Les rhizalyses par malpositions dentaires.

Dans lesquelles les dents incluses semblent avoir un rôle mécanique primitif amenant secondairement une hyperhémie dont l'action va s'ajouter pour amener la résorption de la racine. Il semble s'agir là d'un phénomène voisin de celui qui amène la résorption des dents temporaires.

De nombreuses observations de ces cas ont été publiées.

2) Rhizalyse par infection chronique.

Qui sont fréquentes mais en général discrètes ; on assiste alors à la lente résorption de l'apex qui est rongé par un granulome apical. Il s'agirait là d'un mécanisme de lyse concentrique due à une congestion vasculaire entretenue par l'infection.

3) Des rhizalyses par fonte purulente, décrites par Bercher et Merville, qui sont très rares.

4) Des rhizalyses trophiques.

Dont le caractère essentiel est de se produire à distance de la cause incriminée.

Parmi elles on peut ranger les rhizalyses observées au cours de maladies générales : Tabès, maladie de Buerger ;

Rhizalyses des traitements orthodontiques et rayons X.

- 5) Des rhizalyses dites par surcharge occlusale.
- 6) Les rhizalyses liées à l'existence d'un granulome interne.

Les hypercémentoses relèvent classiquement de deux causes :

- 1° Les hypercémentoses dues à une irritation toxi-infectieuse.
- 2° Les hypercémentoses dues à une irritation mécanique.

Il y a alors rupture de l'équilibre ciment-os alvéolaire.

L'os alvéolaire peut perdre son potentiel réactionnel qui limite la tendance hypertrophique du ciment.

Il peut le perdre de deux façons : soit par manque de fonction lorsque la dent n'articule plus et donc ne travaille plus, soit par excès lorsque les effets de la fonction masticatoire dépassent le pouvoir réactionnel du tissu osseux.

Nous voyons donc que le problème de l'étiologie des rhizalyses et hypercémentoses n'est pas encore entièrement résolu puisque la même cause mécanique peut amener des résultats absolument opposés.

Reprenons le cas N° dix.

Il s'agit là d'une pulpite chronique hyperplasique avec granulome interne.

Ces pulpites avec granulome interne sont rares ; elles ont été décrites par Miezl (de Prague) qui évalue leur fréquence

à deux pour cent et par Schweitser. Pour ces auteurs il faut distinguer trois formes évolutives.

- 1) La forme coronaire qui a tendance à fracturer la couronne et à dégénérer en gangrène pulpaire.
- 2) La forme radiculaire qui tend à élargir le canal réalisant une rhizalyse totale.
- 3) La forme externe ou apicale qui ne produit qu'une résorption limitée à l'apex.

Dans notre observation il s'agit d'un granulome à développement coronaire ; comment expliquer alors la résorption de la racine distale. Il ne s'agit pas d'autre part d'une rhizalyse par surcharge occlusale car l'articulé est absolument normal et cette dent ne présente aucun signe d'arthrite.

On ne peut qu'émettre l'hypothèse qu'il s'agit là de la traduction physique et donc radiologique de phénomènes congestifs en rapport avec l'existence de cette pulpite hyperplasique.

Dans l'observation N° 11 où il y a association de rhizalyse et d'hypercémentose le rôle des phénomènes vasculaires est moins net. Il s'agit en effet d'une dent dont la couronne est partiellement détruite et qui ne remplit plus sa fonction. Cette dent présente cependant des signes d'arthrite (douleur à la percussion dans le sens axial) qui traduisent une congestion ligamentaire. Le rôle de l'infection pulpaire comme cause première de ces phénomènes vasculaires demeure discutable.

Dans l'observation N° huit l'infection pulpaire joue certainement le premier rôle dans le déclenchement des phénomènes vasculaires qui vont aboutir à l'hypercémentose ; il faut cependant signaler que des phénomènes mécaniques peuvent s'ajouter à elle, car il s'agit là d'une dent sans antagoniste.

Mais nous possédons depuis peu de temps l'observation numéro dix-huit qui est très intéressante.

Il s'agit là en effet d'une pulpite aiguë séreuse sur une canine supérieure droite. Or dans la pulpite aiguë séreuse on ne trouve que des phénomènes inflammatoires purement vasculaires.

Il semble donc bien ici qu'il faille expliquer l'image de rhizalyse latéro-radiculaire par les phénomènes vasculaires liés à l'infection pulpaire. Cependant l'existence d'hypercémentose sur les racines des prémolaires laisse subsister un léger doute sur l'existence d'un trouble plus général.

CONCLUSION

Nous pensons, pour conclure cette étude, que les rhizalyses et hypercémentoses sont des phénomènes qui ne peuvent être expliqués sans faire intervenir des modifications vasculaires en rapport soit avec l'infection pulpaire soit avec des causes mécaniques, soit avec une association des deux.

Nous rejoignons ainsi l'opinion de Mahé qui dit que dans la rhizalyse inflammatoire « le péricément ainsi hyperhémie joue vis-à-vis du cément le rôle du périoste enflammé vis-à-vis de l'os dans l'ostéite ». Ainsi que celle de Bercher et Fleury qui disent que « c'est par une série de modifications circulatoires telles que les ont décrites Leriche et Policard que le conjonctif calcifié peut retourner au conjonctif primitif ».

2. Les images sombres périapicales ou radio-claires.

Si nous étudions les tableaux précédemment établis nous voyons qu'elles ont une fréquence nettement supérieure à celle des rhizalyses, puisque sur quarante cas examinés nous en trouvons treize. Ce qui fait en gros un cas sur trois.

Ces images sont réparties de la façon suivante :

Pulpites aiguës superficielles = Deux cas.

Pulpites aiguës partielles et totales = Quatre cas.

Pulpites aiguës nécrosantes = Sept cas.

Nous voyons donc que leur fréquence s'accroît proportionnellement à la gravité de l'atteinte pulpaire suivant les chiffres 2-4-8. Si maintenant nous recherchons le nombre d'images relativement au nombre de dents présentant des signes d'arthrite nous trouvons quatre cas sans arthrite pour neuf cas avec arthrite. C'est dire qu'il existe deux fois plus d'images sombres périapicales sur les dents présentant des signes d'arthrite que sur les autres.

*Etudions maintenant la répartition de ces images
suivant les dents.*

Sur treize images dix concernent des dents du maxillaire inférieur, dont neuf molaires et une prémolaire.

Trois images se trouvent au maxillaire supérieur : sur une dent de sagesse, une première prémolaire, une incisive latérale.

Que faut-il penser de ces images sombres périapicales ?

Classiquement on décrit ces images comme étant liées à

la formation d'un granulome apical évoluant sur une dent atteinte de gangrène pulpaire. Ce granulome est une hyperplasie du tissu conjonctif périapical ; la congestion qui est à l'origine du processus hyperplasique détermine des mutations calciques, un ramollissement de l'os qui se laisse refouler par le granulome.

Ces images sombres périapicales sont la traduction de phénomènes de raréfaction osseuse ; raréfaction osseuse que l'on peut classer en quatre aspects avec Lachronique et Nivard.

- 1^o Une zone sombre à contours bien limités à forme irrégulière et à fond homogène est due à un granulome simple.
- 2^o Le granulome suppuré produit une aire identique mais à contours précis et linéaires.
- 3^o Une zone noire plus grande nettement limitée, bordée par une ligne blanche analogue au bord alvéolaire, répond à un kyste.
- 4^o Le kyste suppuré a les mêmes contours mais moins nets.

Ces images sont donc pour les classiques la signature d'une dent à pulpe entièrement nécrosée où l'infection a atteint et dépassé l'apex. Seuls quelques cas ont été décrits où l'on trouve ces aspects sur des dents vivantes. Nous allons en parler rapidement.

- 1^o Les granulomes ou kystes syndesmo-paradentaires.

Leur évolution est la même que celle des granulomes apicaux, seule la voie de pénétration de l'infection est différente, elle se fait par voie ligamentaire au lieu de se faire par voie canaliculaire. La dent est intacte et vivante.

2^o Les granulomes et kystes marginaux.

Ils siègent habituellement sur les dents de sagesse inférieures. Comme le dit Bercher, ce sont des néoproductions hyperplasiques attachées au collet ou sur la racine d'une dent de sagesse saine. Il s'agirait là d'un débris hyperplasié du sac péricoronaire qui n'a pu s'éliminer. Le kyste marginal antérieur nous intéresse spécialement, car il se développe sur la face antéro-inférieure d'une dent de sagesse horizontale ou fortement oblique en avant et a une symptomatologie rappelant celle des kystes radiculo-dentaires.

Nous avons dans notre dossier une observation qui semble devoir se rattacher à cette catégorie.

Il s'agit de l'observation N^o quinze que nous avons d'abord classée à tort parmi les pulpites.

A la lumière de ces quelques données classiques sur l'interprétation des images sombres périapicales, nous voyons que nous pouvons éliminer un certain nombre d'éventualités pour expliquer nos images radiologiques dans les pulpites.

Ces images en effet se présentent de la façon suivante :

Elles sont en général de petite taille et ne présentent que rarement des limites nettes.

Il ne peut donc s'agir d'images kystiques, seules les images granulomateuses demeurent discutables.

Mais nous pensons qu'il ne s'agit pas là en réalité d'images radiologiques de granulomes car d'une part les images ont souvent des limites peu nettes et irrégulières, et d'autre part, au cours des extractions pratiquées nous n'avons jamais ramené de formation granulomateuse appendue aux apex.

Nous pensons qu'il s'agit de la traduction radiologique des phénomènes vasculaires qui accompagnent l'infection pulpaire.

Nous savons en effet que toute vaso-dilatation amène des phénomènes de mutation calcique et peut donc donner des images de raréfaction osseuse.

Nous retrouvons ici encore une fois l'opinion de Leriche qui nous dit dans son ouvrage sur la « Physiologie et pathologie du tissu osseux » : « Dès que l'activité circulatoire augmente au niveau d'un os, cet os se raréfie. Et il se raréfie à cause de cette hyperhémie. C'est une loi de la vie du tissu osseux..... Certains états hyperhémiques raréfient parfois l'os plus vite que des hyperhémies qui durent. On peut voir parfois, surtout au niveau des épiphyses, et dans certaines inflammations articulaires, des décalcifications se faire en deux ou trois jours ; Destot avait autrefois radiographié le maxillaire inférieur dans la rage de dents et constaté qu'au bout de vingt-quatre heures, il y avait déjà des signes visibles de raréfaction sur l'os de voisinage. »

Nous voyons donc que Destot avait déjà trouvé des images de raréfaction osseuse dans la rage de dent, ce qui est tout à fait en accord avec nos idées, mais il est difficile de classer cette « Rage de dent » parmi les différentes formes de pulpite.

En faveur de cette interprétation se place le fait que le nombre des images augmente parallèlement au degré de l'inflammation.

Comment expliquer la plus grande fréquence des images au niveau des dents postérieures du maxillaire inférieur ? Il semble qu'il faut faire intervenir là les différences embryologiques circulatoires nerveuses et sympathiques entre les différentes régions anatomiques.

CONCLUSIONS

- I. — Il existe un certain nombre d'images radiologiques osseuses et dentaires dans les cas de pulpites, cas où persistent des signes cliniques et macroscopiques de vitalité pulpaire.
- II. — Les images osseuses sont à type de raréfaction, siégeant dans la région périapicale et se rencontrent une fois sur trois.
- III. — Les images dentaires sont des rhizalyses et hypercémentoses qui semblent n'exister que dans les formes chroniques. Nous en trouvons un cas sur dix environ.
- IV. — Nous pouvons expliquer ces deux types d'images par les phénomènes vasculaires liés à l'atteinte pulpaire, en accord ainsi avec les théories de Leriche et Policard.
- V. — Nous ne pouvons affirmer la seule participation vasculaire dans la genèse de ces images. Les difficultés techniques des examens anatomopathologiques et bactériologiques ne nous ont pas permis de vérifier l'intégrité des filets radiculaires.
- VI. — Il faut donc se garder d'affirmer la nécrose pulpaire sur la seule vue d'une image radiologique et laisser à l'examen clinique la place primordiale qui lui revient.

Vu, le Doyen :

H. HERMANN.

Le Président de thèse,

Pr DUCLOS.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 5 mars 1955.

Le Recteur

Président du conseil de l'Université,

ANDRÉ ALLIX,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERCHER ET FLEURY. — Les résorptions radiculaires ou rhizalyses.
Revue odontologique 1932, septembre-octobre.
- MAHÉ. — Un cas de rhizalyse inflammatoire. Revue de stomatologie,
décembre 1934, p. 811.
- PEYRUS J. — Encyclopédie médico-chirurgicale 22016.
- PEYRUS J. — Trois observations de rhizalyse de dents permanentes.
Revue de stomatologie, décembre 1934, p. 804.
- CARVALLO. — Une observation de rhizalyse trophique.
Revue de stomatologie, juillet 1934, p. 466.
- FRAENKEI. R. — Une rhizalyse douloureuse de dent de sagesse inférieure.
Odontologie 1939, p. 156.
- FRIEZ. — A propos des rhizalyses trophiques.
Revue de stomatologie, juin 1938, p. 386.
- VILLAVICENCIO (Juan). — Résorption radiculaire ou rhizalyse.
Revista dental de Chile, année 1931, n° 2.
- BEYSSAC P. (Lyon). — Résorption presque totale de la racine distolabiale
d'une molaire supérieure vivante.
Semaine dentaire, 1923.
- CHOQUET. — Etude sur la résorption des racines des dents temporaires.
Odontologie, août 1919.
- FARGIN FAYOLLE, 1926.
- GUIDO-FISCHER, 1909.
- LERICHE R. — Physiologie et pathologie du tissu osseux. Masson Ed.,
p. 156-158-159.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- KRIVINE P. — Maladies de la pulpe.
Anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic encyclopédie
médico-chirurgicale fasc. 22025-22026-27.
- DECHAUME M. — Précis de Stomatologie.
Masson, édit. 1947.
- BERCHER ET FLEURY. — Pathologie dentaire. Masson édit.
- POLICARD A. — Précis d'histologie. Doin, édit. 1934.
- DELATER. — Mécanisme d'apparition du kyste radiculo-dentaire.
Odontologie 1935, p. 685.
- BERCHER. — Granulomes et kystes marginaux de la troisième molaire
inférieure. Annales odontostomatologiques (Lyon) 1944, p. 3.
- DUBECQ ET MARONNEAUD. — Interprétation des états granulomateux
périapicaux sur dents vivantes. Soc. Odontol. Stomatol.
Bordeaux, 11 mars 1947.
- BERCHER ET CODVELLE. — Revue de stomatologie 1933, p. 80.
- BOUVIER M. — Kyste paradentaire appendu aux racines d'une dent de
sagesse vivante. Rev. Stomat. 1933, p. 390.
- DECHAUME M. — Kystes des maxillaires avec dents vivantes.
Revue Stomatologie 1951, p. 289.
- DELATER. — Epithélio granulome apical. Odontol. 1935, p. 1.
- BERNARD P. D. ET CAYRÉ. — Signification biologique du granulome
apical. Odontol. 1932, p. 555.
- BERNARD P. D. — Revue odontologique 1933, p. 267.
- MARMASSE André. — Granulome périodentaire path. diagnostic. P.O.S.
- HELD. — Les résorptions radiculaires des dents vivantes.
Revue stomatologique 1938, p. 861.
- HELD — P.O.S. 143.
- DELATER. — A propos des kystes radiculaires sur dents saines.

LE PUY-EN-VELAY. — IMPRIMERIE « LA HAUTE-LOIRE »
